HEMIDISTONIE DUPĂ UN TRAUMATISM CRANIO-CEREBRAL

Adina Roceanu[1], C. Roman-Filip[2], O. Băjenaru[1]
[1]Clinica de Neurologie, Spitalul Universitar de Urgenţă Bucureşti
[2]Catedra de Neurologie, Universitatea „Lucian Blaga“ Sibiu

REZUMAT

Traumatismele SNC sunt o cauză importantă pentru apariţia diferitelor tipuri de mişcări involuntare: tremor, parkinsonism, distonie, coree, mioclonii, ticuri. Prezentăm cazul unui tânăr de 22 ani, care a prezentat la vârsta de 12 ani un traumatism cranio-cerebral sever, care a fost urmat de apariţia întârziată a fenomenelor distonice la nivelul hemicorpului stâng.
Cuvinte cheie: Distonie; traumatism cranio cerebral

ABSTRACT

Trauma to the central nervous system is an important causative factor in a variety of movement disaorders: tremors, parkinsonism, dystonia, chorea, myoclonus, tics. We report the case of a 22 years old man, who suffered a severe head trauma at the age of 12 years old, wich was followed by delayed dystonia at the left body.
Key words: Dystonia; cerebral trauma

Un pacient în vârstă de 22 ani se internează în Clinica de Neurologie a Spitalului Universitar de Urgenţă Bucureşti, pentru apariţia unor posturi anormale la nivelul hemicorpului stâng.

Pacientul nu prezintă antecedente familiale pozitive pentru afecţiuni neurologice.

Din anamneză reţinem ca antecedent patologic personal relevant un traumatism cranio-cerebral sever, prin cădere din tren, urmat de alterarea stării de conştienţă, cu o stare de comă care a durat peste 24 ore, care nu o impus efectuarea unei intervenţii neurochirurgicale. La momentul traumatismului pacientul avea vârsta de 12 ani. După câteva luni de la traumatism pacientul relatează apariţia intermitentă a unor mişcări involuntare distonice intermitente la nivelul membrului superior stâng cu extensia antebraţului.

Acestea au progresat în următorii ani cu apariţia distoniei persistente în repaus a membrului superior stâng. În ultimii 2 ani, mişcările involuntare au cuprins mai multe segmente – afectând şi membrul inferior stâng în timpul mersului şi ocazional jumătatea stângă a trunchiului.

Examenul fizic general pe aparate şi sisteme nu decelează anomalii. Fără hepato-splenomegalie, fără inel Kayser-Fleischer la examenul oftalmologic.

La examenul neurologic la internare pacientul prezintă extensia şi pronaţia antebraţului şi extensia şi adducţia braţului stâng, intermitent în timpul mersului prezintă eversia piciorului stâng.

Nu prezintă tremor de repaus sau de acţiune, Noica şi semnul roţii dinţate sunt absente bilateral, reflexele de postură sunt normale.

Fără semne de afectare a nervilor cranieni.

Fără deficit motor, fără tulburări de sensibilitate, fără tulburări de coordonare.

Probele de laborator uzuale au fost în limite normale şi s-au exclus anomalii ale metabolismului cuprului.

Evaluarea imagistică prin IRM cerebral a evidenţiat la nivelul putamenului drept existenţa unei zone de hiposemnal pe imaginile ponderate în T1 (figura 1) şi o zonă de hipersemnal pe imaginile ponderate T2 (figura 2), imagini care sugerează existenţa la nivel putaminal a unei zone de glioză secundară traumatismului cranio-cerebral din antecedente.

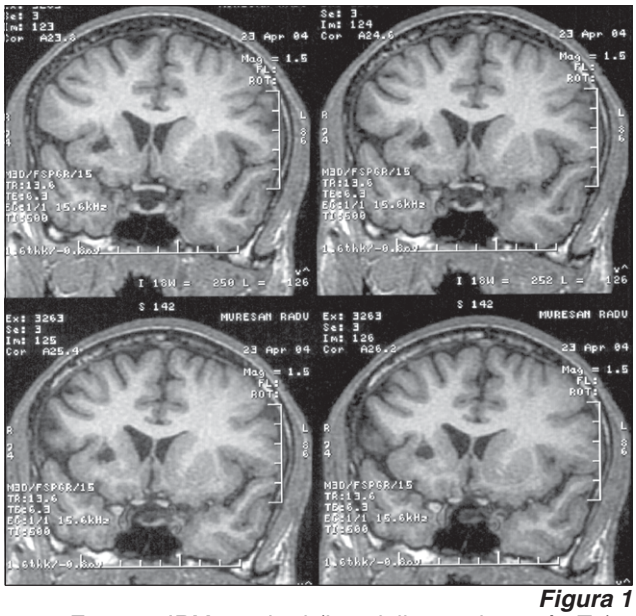

Figura 1
Examen IRM cerebral (imaginile ponderate în T1) – zonă hiposemnal la nivelul putamenului drept

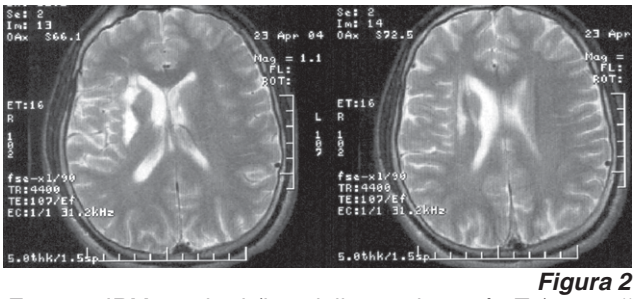

Figura 2
Examen IRM cerebral (imaginile ponderate în T2) – zonă hipersemnal la nivelul putamenului drept

Examenul clinic, anamneza susţin diagnosticul de hemidistonie stângă secundară traumatismului cranio-cerebral, cu leziune la nivelul ganglionilor bazali contralateral demonstrată imagistic.

Antecedentele familiale negative, pe de o parte şi prezenţa evenimentului trumatic sever pe de altă susţin caracterul secundar (simptomatic) al distoniei. O cauză metabolică a distoniei (boală Wilson) a fost exclusă prin absenţa sindromului parkinsonian, lipsa afectării hepatice, oculare.

S-a administrat tratament simptomatic cu toxină botulinică tip A (injectare în muşchiul triceps stâng şi rotund pronator stâng), în paralel cu tratament cu medicamente anticolinergice şi benzodiazepinice. S-a observat ameliorarea distoniei membrului superior stâng după aproximativ 1 săptămână de la injectarea de Dysport.

Este necesară urmărirea pe termen lung a pacientului pentru injectare periodică cu toxină botulinică sau reevaluarea tratamentului, având în vedere chiar şi opţiunea de chirurgie funcţională sterotaxică (stimulare cerebrală profundă).

DISCUŢII

Am prezentat un caz de distonie simptomatică, secundară unui traumatism cranio-cerebral. Particularitatea cazului constă în apariţia întârziată a fenomenelor distonice, care au debutat după câteva luni de la traumatismul cranio-cerebral sever şi s-a amplificat progresiv într-o perioadă de 10 ani.

Traumatismele SNC sunt o cauză importantă pentru apariţia diferitelor tipuri de mişcări involuntare, acestea putând determina apariţia de: tremor, parkinsonism, distonie, coree, mioclonii şi ticuri.

Apariţia mişcărilor involuntare tranzitorii sau persistente sunt sechele frecvente la supravieţuitorii traumatismelor cranio-cerebrale severe, survenind la 13-66% dintre pacienţi, conform datelelor din literatura de specialitate.

Mişcările involuntare pot apărea după o perioadă de timp lungă după traumatism şi pot fi sursa unei disabilităţi marcate a pacientului.

O atenţie deosebită trebuie acordată diatoniei ce apare ca o consecinţă a traumei cerebrale. Hemidistonia după un trumatism cranio-cerebral sever este privită ca fiind datorată leziunii contralaterale de la nivelul ganglionilor bazali (în special putamen, dar pot apărea şi în leziuni unilaterale ale globus pallidus – segmentul intern, acţionând prin alterarea inhibiţiei talamice).

BIBLIOGRAFIE

1. **Chang JW, Choi JY, Lee BW, Kang UJ, Chung SS –** Unilateral globus pallidus internus stimulation improves delayed onset post-traumatic cervical dystonia with an ipsilateral focal basal ganglia lesion. *J Neurol neurisurg Psychiatry*, 2002, 73(5); 5988-5990.
2. **Hummel SM, Lucking CH –** Posttraumatic dystonia. Review and legal aspects. *Nervenarzt*, 2001, 72(2), 93-99.
3. **King RB, Fuller C, Collins GH –** Delayed onset of hemidystonia and hemiballismus following head injury: a clinicopathological correlation. Case report. *J Neurosurg*, 2001, 94(2), 309-314.
4. **Krauss JK, Jankovic J –** Head injury and posttraumatic movement disorders. *Neurosurgery*, 2002, 50(5), 927-939.
5. **Kreuaa JK, Trabkle R, Kopp KH –** Post-traumatic movement disorders in survivors of severe head inhury. *Neurology*, 1996, 47(6), 1488-1492.
6. **Loher TJ, Hasdemir MG, Burgunder JM, Jrauss JK –** Long-term follow-up study of chronc globus pallidus internus stimulation for postrumatic hemidystonia. *J Neurosurg*, 2000, 92(3), 457-460.
7. **Munchau A, Mathen D, Cox T, Quinn NP, Marsden CD, Bhatia KP –** Unilateral lesion of the globus pallidus: report of four patients presenting with focal or segmental dystonia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry,* 2000, 69(4), 194-198.
8. **O'Suilleabhain P, Dewey RB Jr –** Movement disorders after head injury: diagnosis and management. *J Head Trauma Rehabil,* 2004, 19(4), 305-313.
9. **Ropper AH, Brown RH –** Adams and Victor's Principes of Neurology, Eight Edition, 2005. The McGraw-Hill Companies, Inc.
10. **Singer B, Dunne J, Allison G –** Reflex and non-reflex elements of hypertonia in triceps surae muscles following aquired brain injury: implication for rehabilitation. *Disabil Rehabil,* 2001, 23(17), 749-757.
11. **Singer BJ, Jegasothy GM, Singer KP, Allison GT, Dunne JW –** Incidence of ankle contravture after moderate to severe acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil,* 2004, 85(9), 1465-1469.